

LA NOSTRA SALUTE

Tante le affezioni da combattere stando molto attenti all'alimentazione e iniziando subito la fluoroprofilassi



Per sorridere a trentadue denti

I consigli dei pediatri per combattere le carie fin dall'infanzia

Nell'ambito dell'igiene dentale il pediatra, in collaborazione con la famiglia, deve prefiggersi essenzialmente due obiettivi: prevenzione della carie e prevenzione delle malocclusioni. La carie è tutt'oggi ancora ampiamente diffusa sin dall'età infantile e possiamo riscontrare tre cause: la suscettibilità dell'ospite, una dieta ricca di zuccheri, presenza di batteri cariogeni a livello della placca.

Come prevenirla? Tanti i cardini fondamentali.

Igiene orale: pulizia dei denti almeno dopo i pasti principali e dopo assunzione di cibi/bevande zuccherate.

Igiene alimentare: gli effetti negativi sono dovuti a frequenti pasti zuccherati, che abbassano il pH del cavo orale, favorendo la colonizzazione batterica, soprattutto dello *Streptococcus Mutans*. Ugualmente fondamentale è il divieto di concedere il biberon con bevande zuccherate durante il sonno, quando la salivazione è ridotta.

Fluoroprofilassi: la somministrazione di fluoro, in gocce od in compresse, aiuta la formazione di uno smalto più resistente, soprattutto se assunto regolarmente per via sistemica, e riduce l'incidenza della carie del 50%. Il fluoro viene assorbito essenzialmente per via intestinale e si

Igiene orale

0-1 anno: strofinare denti e gengive con una garza umida

1-4 anni: spazzolino e dentifricio con l'aiuto del genitore

Dopo 4 anni: igiene svolta da bimbo

Le epoche dei traumi

6 mesi-6 anni: dentizione decidua

7-9 anni: permuta degli incisivi

10-12 anni: fratture di smalto, dentina e radicolari

deposita prevalentemente nel tessuto osseo e nel dente. L'età migliore per iniziare l'assunzione di fluoro è l'epoca prenatale, quando si forma la gemma dentale, e va continuata per tutta l'età evolutiva, con somministrazione serale, dopo la pulizia dei denti. Altre preparazioni sono dentifrici, colluttori, gel, vernici, però meno efficaci.

Perché curare anche i denti decidui? Viene prevenuto il

«mal di denti», con evoluzione frequentemente in ascessi o fistole vestibolari, si mantiene un buon allineamento dentale, si diminuisce il rischio di danno ai denti permanenti (soprattutto a livello dello smalto). Nell'ambito delle malocclusioni si possono evidenziare tre condizioni particolarmente a rischio. Succhiare dito o succhiotto: se protratto sino a 2-3 anni si ha generalmente cambiamento di posi-

zione degli incisivi, che dopo il 4° anno può determinare morso aperto; deglutire interponendo la lingua fra i denti, interposizione o succhiamento del labbro.

Infine, un breve accenno ai traumi dentari. Occorre fare distinzioni in base all'epoca in cui possono avvenire. Dentizione decidua (6 mesi-6 anni): trauma moderato, discromia, non sempre segno di perdita di vitalità. Trauma di maggiore entità la lussazione, avulsione (con eventuale ripercussione sul germe del dente permanente).

Permuta degli incisivi (7-9 anni): spesso frattura coronale o radicolare.

Periodo adolescenziale (10-12 anni): fratture semplici di smalto e/o dentina, fratture con coinvolgimento pulpare, fratture radicolari.

Quale comportamento? Nel caso di avulsione di dente deciduo, è sconsigliato il reimpianto per possibilità di alterare il processo di formazione del dente permanente; dopo la permuta dentaria occorre conservare il dente in soluzione fisiologica, latte, saliva e rivolgersi allo specialista (se non correttamente conservato, non devono intercorrere più di 20'-30' dal trauma).

dott. Claudio Zanacca
dr.ssa Silvia Pastorelli
Pediatria - Ospedale Sassuolo

Le convulsioni febbrili nei bambini sono ancora il disturbo più frequente

La febbre viene definita come un innalzamento della temperatura corporea al di sopra dei valori normali conseguente ad un disturbo dei meccanismi di termoregolazione. Rappresenta uno dei motivi per cui più frequentemente viene richiesta una consultazione o una visita domiciliare da parte del medico. Essa è infatti causa di preoccupazione, di ansia da parte dei genitori.

La febbre non è tuttavia una malattia, ma è uno dei sintomi più comuni con cui una malattia si presenta e una reazione di difesa naturale del nostro organismo quando viene aggredito da virus o batteri e può, talvolta, avere una funzione facilitante la distruzione dei germi. Le cause che possono determinarla sono molteplici, ma in età pediatrica le cause più frequenti sono quelle infettive e tra queste, specie nei primi anni di vita, quelle virali. La febbre non deve destare preoccupazione eccessiva e non si deve intervenire sistematicamente con utilizzo di farmaci (antipiretici) se i valori non sono elevati e se soprattutto le condizioni generali del bambino non lo richiedono. Importante è la valutazione del comportamento del bambino, cioè la sua cenestesi; solo se questa è compromessa (il bambino appare sonnolento, poco vigile, oppure irritabile, difficilmente consolabile, sofferente) o in presenza di sintomi associati come difficoltà respiratoria, importanti disturbi gastrointestinali, come vomito ripetuto, addominalgia, cefalea, o nel caso in cui l'età del piccolo paziente sia inferiore ad un anno, allora è opportuno consultare al più presto il pediatra per iniziare le terapie specifiche del caso.

Convulsioni febbrili. Rappresentano il disturbo neurologico più frequente in età pediatrica, infatti ne sono interessati il 5% dei bambini di età compresa tra i sei mesi ed i cinque anni di età, con una incidenza massima nel corso del 2° e del 3° anno di vita. La convulsione febbrile compare in corso di febbre (di solito superiore a 38,5°), solitamente durante il primo giorno dell'episodio febbrile. Essa può manifestarsi con caratteristiche cliniche diverse: improvvisa perdita di coscienza, rilassamento muscolare, revulsione oculare di breve durata (pochi decimi di secondi) e successiva rapida ripresa dello stato di coscienza; breve crisi tonica generalizzata (irrigidimento dei muscoli del tronco e degli arti), seguita da lievi clonie (contrazioni brusche) limitate ai muscoli facciali o talvolta propagate ai muscoli degli arti, per la durata di qualche minuto (1-3 minuti), ma con un successivo periodo di rilassamento muscolare e torpore più protratto della crisi vera e propria; clonie degli arti violente e protratte per parecchi minuti, se l'accesso supera i 30 minuti si parla di stato di male (tale evento è tuttavia raro, solo il 4% dei casi di convulsioni febbrili). In base a queste caratteristiche cliniche possono essere distinte in convulsioni semplici (i primi due tipi) e complesse (il terzo).

L'evento risulta sempre drammatico per i genitori, soprattutto se si tratta del primo episodio, tuttavia la prognosi e l'evoluzione sono favorevoli, per la quasi totalità dei casi. Le convulsioni possono recidivare in 1/3 dei casi ed i principali fattori di rischio sono l'età di insorgenza (inferiore ai 15 mesi) del primo episodio e la familiarità positiva nei parenti di primo grado. Le recidive possono verificarsi anche a distanza di mesi, ma sempre in presenza di febbre. Solo l'1-2% dei bambini presenterà una evoluzione verso una forma di epilessia (crisi convulsive in assenza di febbre); tale frequenza è molto bassa e sovrapponibile a quella della popolazione generale. Un primo accorgimento da attuare per ridurre il rischio di recidive è quello di attuare, ad ogni episodio febbrile, tutte le misure atte a riportare la temperatura a valori normali: liberare il corpo da eccessivi indumenti, somministrare un antipiretico. Non bisogna diventare genitori ansiosi, ma solo essere responsabilizzati sulle manovre da fare.

dott. Claudio Zanacca
dr.ssa Elisabetta Benci
Pediatria - Ospedale Sassuolo

PIANO PER LA SALUTE

ARRIVEDERCI

Da oggi la rubrica "La nostra salute" realizzata in collaborazione con il Piano per la Salute dell'Ausl coordinata dal dottor Giuseppe Fattori va in ferie. L'appuntamento tornerà, dopo la pausa estiva, a partire da ottobre.

DA IPOCRATE ALLA BIOETICA

Le stagioni dell'etica in medicina

Come è cambiato il rapporto col paziente nella società

territorio d'incontro tra l'etica medica di tipo paternalistico (in cui il medico aveva un potere assoluto rispetto al bene del paziente) e la pratica medica, che nell'esperienza quotidiana incontrava nuovi dilemmi (il prelievo di organi per il trapianto, il non prolungamento delle terapie, la tutela della privacy), ha favorito l'evoluzione di questa nuova disciplina, la bioetica. La dimensione dei dilemmi o delle domande senza ancora risposte non è più solo indivi-

duale e privata, ma anche pubblica e sociale.

Il monolitismo e il paternalismo etico, entrati chiaramente in crisi nelle organizzazioni sociali pluralistiche, hanno imposto con la bioetica, vista come luogo di incessante elaborazione e confronto, la ricerca di nuovi valori condivisi per gli interventi che riguardano l'uomo e più in generale la vita e il patrimonio genetico.

Oggi, anche se non si è ancora entrati nel modello che è

proprio della modernità, c'è già una mutazione in atto che presuppone un'etica dell'organizzazione che ha come simbolo «l'azienda» sanitaria. Mentre ciò che sta a cerniera fra l'epoca premoderna e moderna è di natura antropologica (il malato che partecipa alle scelte che lo riguardano e ha un rapporto ugualitario o, quanto meno, simmetrico con il medico), il cambiamento che introduce all'epoca post-moderna è di natura sociale: coincide con il

problema delle risorse in medicina e con l'esigenza di un uso ragionevole, razionale e ottimale delle medesime. La restrizione delle disponibilità economiche, a fronte di una domanda crescente di salute, impone questi etici del tutto nuovi. Quali alternative si prospettano a chi vuole garantire servizi sanitari di qualità? Si può spendere più denaro oppure diventare più efficienti, riducendo così gli sprechi. Oppure adottare seccati che filtrino l'assistenza sanitaria per stabilire quando essa è veramente «necessaria».

Ma secondo quale criterio: medico oppure sociale? A chi spetta valutare le priorità nel gestire le risorse?

prof. Sandro Spinsanti
presidente Comitato Etico provincia di Modena